

販売店ご担当者様にご記入ください

様式第2 (第6条関係)

安全運転支援装置販売・設置証明書

令和5年〇〇月〇〇日

新城市長

事業者

所在地 ○○○○○○○○○○○○○○

名称 ○○○○○○○○○○○○○○

代表者又は
店長(営業所長)名 ○○ ○○ 印

設置した車の使用者	住所 新城市字東入船115 氏名 新城 太郎		
設置した車に関する情報	車名 ○○○○○○○○○○○○ 登録番号 豊橋501あ1234 (車両番号)		
安全運転支援装置 ※分類には、該当する装置にチェックしてください。	商品名 ○○○○○○○○○○○○○○		
	分類	<input checked="" type="checkbox"/> 障害物検知機能付き急発進等抑制装置等 <input type="checkbox"/> 急発進等抑制装置等(障害物検知機能なし)	
装置本体又は設置に要する費用 (税込) ※装置の設置に係る費用のみ記載してください。	本体価格	50,000円	補助対象経費金額(A) 75,000円
	部品価格	15,000円	
	設置費用	10,000円	
補助対象外経費(B)	0円		領収金額(A)+(B)
設置年月日	令和5年〇〇月〇〇日		75,000円 ※高齢者の方が実際に支払った額

次のとおり安全運転支援装置の販売及び設置を証明します。

販売担当者

氏名	○○ ○○	電話番号	0536-23-7612
----	-------	------	--------------

※販売担当者の方へ市から問合せをする場合があります。